FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 — THÈSE — N° 78

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 30 Novembre 1904, à 1 heure

PAR

Jules PETITJEAN

ÉTUDE STATISTIQUE

concernant

LES CAS de PRÉSENTATION DE LA FACE

ayant eu lieu à la Clinique Baudelocque

(du 1er Janvier 1900 au 31 Juillet 1904)

Président : M. PINARD, *professeur*

Juges : MM. POUCHET et BRISSAUD, *professeurs*
POTOCKI, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TILLAUX. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	Dr LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef des travaux anat)
BROCA (André)	GOUGET	MAILLARD	
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES BONS PARENTS

Témoignage de ma profonde affection

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de Médecine.
Chevalier de la Légion d'honneur.

ETUDE STATISTIQUE

concernant

Les Cas de Présentation de la Face

ayant eu lieu à la Clinique Baudelocque

(du 1er Janvier 1900 au 31 Juillet 1904)

AVANT-PROPOS

Parvenu au terme de nos études, il nous reste à remercier tous les maîtres dont nous avons reçu les leçons et les affectueux conseils.

Citons MM. les docteurs Deroye, Gautrelet, E. Morlot, Broussolle, Cottin, Misset, Parizot, Dubar, qui tant à l'Ecole de médecine de Dijon, tant à l'hôpital de cette ville, guidèrent nos premiers pas dans la vie médicale.

Parmi les maîtres que nous eûmes à Paris, citons tout d'abord M. le docteur A. Siredey, médecin à l'hôpital Saint-Antoine ; nous lui sommes tout parti-

culièrement reconnaissant de l'accueil amical et de la bienveillance qu'il ne cessa de nous témoigner pendant la durée de nos études ; nous garderons de lui le meilleur souvenir, et au cours de notre pratique médicale, nous nous efforcerons de suivre les exemples de haute probité scientifique qu'il nous a toujours donnés.

Nommons ensuite M. le professeur Cornil, M. le professeur Pinard, M. le professeur Pozzi ; MM. les docteurs Méry, Schwartz, Tenneson, Hallopeau, Brocq, Danlos, Gaucher, Ducastel, Balzer, de Beurmann, Queyrat, Renaut, Humbert, à qui nous adressons l'hommage de notre vive gratitude.

M. le professeur Pinard nous a fait un très grand honneur en acceptant la présidence de notre thèse, nous lui en exprimons toute notre satisfaction, et nous le prions d'agréer l'expression de nos sentiments les plus respectueusement dévoués.

INTRODUCTION

Lorsque la tête de l'enfant, sollicitée à s'accommoder au bassin de la mère, commence à s'engager dans le détroit supérieur, la tige occipito-mentonnière, qui mesure en moyenne 135 millimètres, se trouve trop longue pour pouvoir descendre d'aplomb dans le diamètre oblique du détroit supérieur rétréci par des parties molles sur la femme vivante.

La tête s'incline sur la colonne rachidienne et le diamètre occipito-mentonnier devient oblique par rapport au plan du détroit supérieur.

Cette inclinaison de la tête sur le rachis se fait presque toujours dans le sens de la flexion, c'est-à-dire que le menton se rapproche du sternum : l'enfant se présente par le sommet.

Bien plus rarement, la tige occipito-mentonnière bascule dans le sens contraire au précédent ; la tête se défléchit, l'occiput se rapprochant du dos ; le menton descend le premier : l'enfant se présente par la face.

La déflexion de la tête peut être moins parfaite que nous venons de l'indiquer, la tige occipito-mentonnière s'arrêtant dans son mouvement de bascule, c'est le front alors qui tend à s'engager ou qui s'engage le premier dans le bassin.

Faut-il faire du front une présentation spéciale ? La question fait l'objet de longues controverses : les uns ont vu dans le front une partie fœtale assez volumineuse pour remplir l'excavation et évoluer suivant un mécanisme spécial pendant la traversée de la filière pelvi-génitale, en un mot une véritable présentation ; d'autres ont rattaché à la présentation du sommet les cas où le front descend le premier dans le bassin. Avec M. le professeur Pinard, nous considérons le front comme : « une variété frontale de la présentation de la face ». De telle sorte que dans cette étude nous serons amené à considérer à la présentation de la face deux variétés : la présentation franche de la face et la variété frontale de la présentation de la face ; et ce ne sera que par abréviation que nous emploierons l'expression de présentation du front.

Lorsque la tête reste élevée au-dessus du détroit supérieur pendant le travail, il arrive assez souvent que la tête reste incomplétement défléchie pendant une longue période du travail ; le doigt, qui pratique le toucher, arrive sur la fontanelle antérieure au centre du bassin ; la racine du nez et les arcades orbi-

taires sont senties en un point du pourtour de la présentation. A un moment donné, la tête se fléchit, la fontanelle antérieure s'éloigne et la fontanelle postérieure devient accessible ; le sommet s'engage. Ou bien, au contraire, la tête complétant son mouvement de déflexion, les orifices des narines, la bouche et le menton deviennent postérieurs ; la fontanelle antérieure a disparu dans la profondeur du bassin ; l'enfant se présente par la face.

C'est à ces présentations du front, qui se transforment en présentation du sommet ou de la face, que l'on a donné l'épithète de « passagères », pour les opposer aux présentations « persistantes », où le front descend le premier dans le bassin pendant toute la durée du travail et se dégage d'abord à la vulve. Nous n'avons à nous occuper dans ce travail que des présentations « persistantes » du front.

Sans empiéter sur l'étiologie des présentations de la face, nous dirons que ces présentations sont presque exclusivement observées pendant le travail ; il faut des contractions utérines douloureuses pour que la tête se présente défléchie.

Dubois et Désormeaux ont écrit dans le *Dictionnaire en trente volumes* que sur 89 cas de présentation de la face 49 fois la présentation était primitive, c'est-à-dire existant déjà pendant la grossesse, avant tout début de travail.

M. le professeur Pinard s'est élevé contre cette théorie, et, dans son *Traité du palper* il écrit : « Je n'admets la présentation de la face pendant la grossesse qu'à titre accidentel et cela pour des raisons d'ordre anatomique, physiologique et chimique ».

M. Fieux (1), dans une communication récente à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris, a rapporté un exemple indubitable de présentation primitive de la face pendant la grossesse. Les cas de ce genre sont excessivement rares, et M. Pinard fit remarquer au cours de la discussion que, parmi tous les cas publiés, il n'y en a que cinq, qui puissent être admis sans contestations, et, il ajouta que dans ces cas, en particulier dans celui de Fieux, il s'agissait d'une attitude anormale et pathologique du fœtus soumis dans l'utérus à des pressions anormales (malformation utérine, défaut d'extensibilité des parois utérines coïncidant avec l'existence d'une quantité minime du liquide amniotique).

De fait, chez aucune des femmes qui ont séjourné au dortoir de la clinique Baudelocque depuis le 1er janvier 1900 jusqu'au 31 juillet 1904, on n'a constaté de présentation primitive de la face. Toutes les présentations de la face observées à la clinique pendant ce laps de temps l'ont été chez des femmes en travail ; toutes les présentations de la face ont été secondaires.

Ces points étant établis, nous devons indiquer la façon dont nous avons compris ce travail. Nous n'avons pas voulu reprendre dans son entier la question si souvent traitée de la présentation de la face. Nous avons seulement cherché, à l'aide des documents si libéralement et si gracieusement mis à

1. Fieux. *In Compte-Rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de Pédiatrie de Paris.* Octobre 1900, p. 225.

notre disposition par M. le professeur Pinard, à établir qu'elles avaient été les particularités étiologiques observées, qu'elle avait été la conduite suivie, quels résultats on avait obtenus dans les 46 cas de présentation de la face franche ou en variété frontale, qui ont été observés à la clinique Baudelocque depuis le 1er janvier 1900 jusqu'au 31 juillet 1904.

CHAPITRE I

Etiologie.

Fréquence de la présentation de la face. — Depuis le 1er janvier 1900 jusqu'au 31 juillet 1904, 9.839 accouchements ont été observés et étudiés à la clinique Baudelocque.

Dans 46 cas, l'enfant s'est présenté par la face, soit dans une proportion de *1 cas sur 213*.

Dans 33 cas, il y avait présentation franche de la face ; dans 13 cas la face se présentait en variété frontale.

Influence du nombre des grossesses. — La présentation de la face a été observée plus souvent chez les multipares que chez les primipares ; en effet, les femmes étaient enceintes :

Pour la première fois : dans 14 cas ;

Pour la deuxième fois : dans 12 cas ;

Pour la troisième fois : dans 6 cas ;

Pour la quatrième fois : dans 5 cas ;
Pour la cinquième fois : dans 2 cas ;
Pour la sixième fois : dans 1 cas ;
Pour la septième fois : dans 1 cas ;
Pour la huitième fois : dans 3 cas ;
Pour la onzième fois : dans 1 cas ;
Pour la douzième fois : dans 1 cas.

Influence du volume de l'enfant. — Beaucoup ont prétendu que la présentation de la face s'observait surtout dans les cas où l'enfant était petit. M. le professeur Pinard s'est déjà élevé contre cette opinion ; il a apporté dans son *Traité du palper* des documents précis pour établir que les enfants, qui se présentaient par la face, étaient presque toujours des enfants volumineux. Nos résultats confirment absolument l'opinion de notre maître.

En laissant de côté 2 cas où les fœtus anencéphales pesaient respectivement 1.970 et 3.800 grammes ;

1 cas où l'enfant était jumeau et pesait 2.080 grammes;

1 cas où l'enfant extrait par basiotripsie pesait sans substance cérébrale : 2.950 grammes ;

1 cas où le poids de l'enfant n'était pas consigné sur les registres de la clinique ;

Nous trouvons que pour 41 cas qui restent, le poids de l'enfant a été :

De 2.000 à 2.500 grammes : 2 fois ;
De 2.500 à 3.000 grammes : 8 fois ;
De 3.000 à 3.500 grammes : 15 fois ;
De 3.500 à 4.000 grammes : 12 fois ;
De plus de 4.000 grammes : 4 fois.

Au total 30 fois sur 41, l'enfant pesait plus de 3.000 grammes.

Influence de la forme de la tête de l'enfant. — Hecker (1) a pensé qu'une conformation particulière de la tête fœtale, la dolichocéphalie, expliquerait la cause de la présentation de la face pendant le travail. Le diamètre occipito-mentonnier étant comparable d'après lui à un levier mobile interrésistant appliqué sur l'articulation occipito-atloïdienne, le bras de levier le plus long supporte la pression maxima lors que la tête vient appuyer sur la margelle du bassin et par suite se relève. Dans les conditions habituelles de conformation de la tête fœtale, c'est le bras de levier antérieur qui est le plus long, l'enfant se présente par le sommet. Dans le cas de dolichocéphalie le rapport physiologique entre les deux bras du levier est renversé, le bras de levier postérieur est plus long que normalement, il se relève quand la tête est contrainte à s'engager sous l'influence de la poussée utérine et l'enfant se présente par la face.

Pour pouvoir juger de la valeur de cette cause invoquée par Hecker, il faudrait pouvoir, lorsqu'on examine après la naissance la tête d'un enfant venu par la face, faire la part qui revient à la conformation première, congénitale de la tête, et ce qui revient aux déformations plastiques subies par la tête pendant sa traversée dans la filière pelvi-génitale. Cela est tellement difficile que nous n'avons voulu tirer aucune conclusion absolue de l'étude des documents que

1. *Ueber die Schædelform bei Gesichtslagen*, Berlin 1869.

nous avons réunis. En dehors d'un cas (obs. 1353, année 1903) dans lequel nos observations la signalent comme très marquée, la dolichocéphalie nous a semblé jouer un rôle assez secondaire pour que nous puissions nous rattacher à l'opinion de Duncan (1) : « la dolichocéphalie à elle seule n'explique rien ».

Cependant l'influence de la forme de la tête fœtale sur la présentation du front est plus manifeste.

Dans une communication faite à M. Polosson (2), M. le professeur Pinard s'exprimait ainsi : « Aussi serait-ce une exagération que d'assigner aux présentations du front un rang d'égalité avec celles du sommet ou de la face. Ces dernières, en effet, peuvent être observées avec des têtes quelconques et dans des bassins quelconques, tandis que le mécanisme spécial des accouchements par le front ne pourra être réalisé que dans des conditions spéciales : il exige certaines dimensions du bassin et de la tête, et surtout une plasticité particulière de cette tête ; ces conditions doivent se trouver réunies. Des relations spéciales entre ces trois facteurs sont absolument nécessaires.

Influence des grossesses multiples. — Dans une de nos observations (2084 de l'année 1901) la grossesse était gémellaire ; le premier enfant se présentait par la face.

Influence des malformations fœtales. — Dans deux observations (obs. 1638, année 1902. Obs. 2104, année

1. M. Duncan. *Sur le mécanisme de l'accouchement* Traduction Budin.

2. A. Polosson. « Du mécanisme de l'accouchement dans les présentations du front » ; *in Annales de Gynécologie*, 1892, p. 187.

1900) le fœtus était anencéphale. La présentation par la face est fréquente pour ne pas dire habituelle dans le cas d'anencéphalie.

Influence de l'hydramnios. — Cette influence n'est marquée que dans une de nos observations où le fœtus était anencéphale ; la quantité de liquide amniotique recueillie au moment de la rupture artificielle des membranes fut de 8700 grammes (obs. 2204, année 1900).

Influence du lieu d'insertion du placenta. — Dans 11 cas, les membranes ayant été déchirées, on n'a pu savoir à quelle partie de l'utérus s'insérait le placenta.

Dans 12 cas, le petit côté des membranes mesurait plus de 10 centimètres.

Dans 23 cas, le petit côté des membranes mesurait moins de 10 centimètres.

2 fois le bord du placenta affleurait l'utérus.

1 fois le petit côté des membranes mesurait 1 centimètre.

4 fois le petit côté des membranes mesurait 2 centimètres.

2 fois le petit côté des membranes mesurait 5 centimètres.

4 fois le petit côté des membranes mesurait 6 centimètres.

3 fois le petit côté des membranes mesurait 7 centimètres.

3 fois le petit côté des membranes mesurait 8 centimètres.

1 fois le petit côté des membranes mesurait 9 centimètres.

3 fois le petit côté des membranes mesurait 10 centimètres.

Lorsque les membranes mesurent 10 centimètres et au-dessous, on doit en conclure que le placenta est inséré sur le segment inférieur. Nous pourrons donc dire que, dans 23 cas sur 35, soit à peu près dans les deux tiers des cas, le placenta était inséré sur le segment inférieur de l'utérus. Il y a là une cause importante de présentation de la face que nous aurons à expliquer.

Influence de la conformation du bassin. — Dans 7 cas, le bassin était vicié :

Dans 1 cas (obs. 76, année 1902) la femme avait subi une symphyséotomie lors de l'accouchement précédent ; le diamètre promonto-sous-pubien mesurait 122 millimètres, mais cette dimension ne saurait donner une idée exacte de la viciation pelvienne, étant donné l'agrandissement définitif du bassin qui résulte de la symphyséotomie et qui en est un des avantages.

Dans un autre cas, la femme présentait des stigmates de rachitisme, et le bassin présentait un léger rétrécissement que l'on a jugé inutile de mesurer (obs. 898, année 1902).

Dans un cas (obs. 207, année 1901) le bassin mesurait 115 millimètres de diamètre promonto-sous-pubien.

Dans un cas (obs. 1225, année 1900) le bassin mesurait 110 millimètres de diamètre promonto-sous-pubien.

Dans un cas (obs. 1840, année 1902) le bassin mesurait 104 millimètres de diamètre promonto-sous-pubien.

Dans un cas (obs. 1959, année 1901) le bassin mesurait 102 millimètres de diamètre promonto-sous-pubien.

Dans un cas (obs. 686, année 1900) le bassin mesurait 95 millimètres de diamètre promonto-sous-pubien.

Cette énumération ne donne pas une idée rigoureusement exacte du nombre des cas dans lesquels le bassin était rétréci, il est probable que dans un certain nombre de cas, une mensuration exacte du diamètre promonto-sous-pubien a été jugée inutile par suite du défaut de disproportion entre les dimensions du bassin et celles de la tête fœtale (l'observation 898 de l'année 1902 ci-dessus citée en est un exemple mentionné dans la statistique).

Influence de la direction de l'utérus. — Les anciens accoucheurs attiraient particulièrement l'attention sur l'influence de l'obliquité de l'utérus comme cause de présentation de la face et leurs idées ont été défendues par des accoucheurs modernes. L'utérus étant fortement incliné pousse le fœtus non pas vers l'entrée du détroit supérieur, mais vers un des côtés de la margelle du bassin ; on peut concevoir que l'occiput vienne aussi heurter contre le rebord du détroit supérieur, l'utérus continuant à pousser le fœtus au moment des contractions, la tête se défléchit et la face se présente.

L'obliquité marquée de l'utérus n'est certainement pas favorable à l'engagement de la tête suivant le mécanisme physiologique ; mais rien dans nos observations ne nous permet d'affirmer qu'elle suffise à produire une déflexion de la tête et une présentation de la face.

Si nous retenons les causes que nous avons vu exercer une influence indéniable sur la présentation de la face : multiparité, insertion basse du placenta, viciations pelviennes, hydramnios, malformations fœtales, grossesse gémellaire, nous voyons que leur influence peut se résumer de la façon suivante :

La présentation de la face s'observe lorsque, par suite d'une cause empêchant ou viciant l'accommodation pelvienne pendant la grossesse, la tête est surprise au-dessus du détroit supérieur par le début du travail.

Nous terminons ce chapitre en rapportant deux observations intéressantes par les conditions dans lesquelles la présentation de la face a été observée :

OBSERVATION I

Grossesse gémellaire, premier fœtus pesant 2084 grammes, s'est présenté par la face, le deuxième, pesant 2310 grammes, s'est présenté par le sommet (Année 1901, nº 2084).

***

Juliette B..., 24 ans; femme de ménage ; réglée à 15 ans régulièrement ; un accouchement antérieur en avril 1899, enfant vivant à terme, sommet spontané.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 8 au 12 avril 1901. Vers le 10 juin survint une légère perte de sang qui n'eut pas de conséquences fâcheuses sur l'évolution de la grossesse.

Cette femme entre à la salle de travail à 3 h. 20 du matin le 2 décembre 1901.

Examen. — La hauteur de l'utérus est à 39 centimètres au-dessus du pubis.

Par le palper on constate que l'utérus contient deux fœtus : l'un se présente par la face en position gauche, variété antérieure, l'autre est placé longitudinalement.

Par le toucher on confirme le diagnostic de la présentation de la face, on constate en outre que la dilatation est comme une petite paume de main, et que les membranes sont rompues.

A l'auscultation on trouve deux foyers de battements, tous les deux à droite, l'un au-dessus de l'ombilic, l'autre au-dessous.

A 8 h. 15 du matin la dilatation est complète, on fait pousser la femme : la face apparaît à la vulve, et on voit la bouche de l'enfant ; la femme continue à pousser et à 8 h. 30 elle expulse le premier fœtus qui pèse 2084 grammes, il crie aussitôt.

On pratique le toucher et l'on constate que le deuxième enfant se présente par le sommet en position droite, variété postérieure. On rompt la seconde poche des eaux et on fait pousser la femme ; 5 minutes après elle expulse un deuxième enfant pesant 2310 grammes, qui crie immédiatement.

La délivrance a lieu par expulsion spontanée, 30 minutes après l'accouchement.

Le placenta commun pèse 910 grammes ; les deux œufs complets sont séparés par une cloison qui mesure 20 cent. de hauteur.

La durée totale du travail a été de 7 heures.

L'enfant né par le sommet meurt le 13 décembre à minuit.

L'enfant né par la face présente de l'ophtalmie purulente des deux yeux ; il est soumis aux irrigations à l'aniodol et aux lavages toutes les heures.

La mère eut des suites de couches physiologiques ; elle

quitte la clinique en bon état le 20 décembre. Son enfant est en bonne voie de guérison.

OBSERVATION II

Hydramnios. Rupture artificielle des membranes; 8700 grammes de liquide recueilli, l'enfant s'engage par la face, expulsion d'un fœtus mort anencéphale pesant 1970 grammes. Année 1900, n° 2204.

V. M.., 38 ans, ménagère ; réglée à 14 ans régulièrement ; 5 accouchements antérieurs :

Premier enfant mort après l'expulsion, sommet spontané à terme.

Deuxième et troisième enfants vivants, sommets spontanés à terme.

Quatrième grossesse gémellaire, enfants vivants, deux siéges spontanés.

Grossesse actuelle. — D. R. du 24 au 28 février 1900. Dans les premiers jours d'octobre cette femme remarqua que son ventre grossissait rapidement et augmentait chaque jour de volume ; en même temps elle maigrissait et souffrait d'un violent point de côté dans l'hypocondre droit ; elle aurait éprouvé également une sensation de tension et de pesanteur dans le bas-ventre.

A son entrée à la clinique Baudelocque, le 16 novembre 1900, on constate à l'inspection que le ventre est énorme, globuleux, avec une circulation complémentaire assez développée, la peau est luisante. La hauteur de l'utérus remonte à 48 centimètres au-dessus du pubis. Au palper on cons-

tate une tension considérable des parois qui rend le diagnostic de la présentation très difficile ; on a la sensation de flot, et on perçoit nettement les mouvements actifs du fœtus au fond de l'utérus ; il est impossible de percevoir les bruits du cœur.

Au toucher on trouve un col long, perméable ; on ne sent pas de parties fœtales engagées ; le promontoire est inaccessible. On remarque un œdème considérable des jambes avec des varices très développées.

Le 23 novembre. M. Pinard juge qu'il est temps d'intervenir. Il fait amener cette femme à la salle de travail, et, après l'avoir fait placer dans la position obstétricale, il rompt les membranes à 10 heures du matin : il s'écoule 8 litres 700 grammes de liquide.

M. Pinard introduit ensuite un petit ballon de Champetier.

A 11 h. 15, les premières douleurs apparaissent, d'abord très rapprochées, puis s'espaçant pour revenir toutes les 10 minutes environ.

A 3 heures du soir la dilatation est comme une paume de main, les contractions apparaissent toutes les 5 minutes environ. Les bruits du cœur du fœtus, perçus jusqu'alors, ont complétement cessé.

A 3 h. 45 du soir le ballon est expulsé, la dilatation est complète. La partie fœtale qui s'engage présente tous les caractères de la face : on arrive sur le menton, la bouche, le nez, les yeux ; au-dessus du nez le doigt sent une tumeur mollasse ; on ne perçoit aucune suture, ni aucune fontanelle.

A 5 heures du soir, la femme expulse spontanément un fœtus anencéphale mort pesant 1970 grammes. La délivrance est faite par expression française 40 minutes après l'accouchement, elle est suivie d'une injection intra-utérine.

Placenta : 550 grammes. Membranes mesurent 32/0.

Suites de couches physiologiques. La femme quitte la clinique le 4 décembre en bon état.

CHAPITRE II

Conduite suivie dans la présentation franche de la face.

Résultats obtenus.

Pour donner plus d'intérêt à l'étude de la conduite qui a été suivie à la clinique Baudelocque dans la présentation de face, et pour mieux faire ressortir la valeur des résultats qui ont été obtenus, il est indispensable de dire quelques mots sur les idées, qui ont successivement régné parmi les accoucheurs au sujet du traitement et du pronostic de la présentation de la face.

Il y a lieu de remarquer que les premiers auteurs, qui s'occupèrent de la question d'une façon vraiment scientifique, posèrent en principe que la présentation de la face est d'un pronostic favorable pour la vie de

la mère et de l'enfant, et que l'accoucheur doit s'abstenir de toute intervention.

Au XVIe siècle, Louise Bourgeois écrit : « Quand la face se présente... il faut rechercher tous les moyens, sans y toucher, de hâter l'accouchement, car pour peu qu'il demeure en cet estat, il vient si contrefait et monstrueux de visage, qu'il semble qu'il soit tout meurtry ».

Au XVIIe siècle, Paul Portal, premier compagnon chirurgien gagnant maîtrise à l'Hôtel-Dieu de Paris, affirme la doctrine de l'abstention pendant le travail : « Il y a, dit-il, une sorte d'accouchement, qui ne s'éloigne pas beaucoup du naturel, quoy qu'il soit un des plus délicats et des plus contre-nature, c'est lorsque l'enfant présente la face première...

« Tout ce qui peut arriver à l'enfant, c'est de souffrir et d'avoir la tête noire et tuméfiée, à cause qu'elle a souffert de grandes violences à sa sortie, n'arrivant jamais d'autres accidents à l'égard du travail.

« J'ai accouché plusieurs femmes dont les enfants venaient la face de travers et cependant toujours heureusement, d'où il s'en suit que quand le visage se présente le premier, il ne faut rien violenter parce qu'il n'en arrive jamais rien de fascheux, ny à la mère, ny à l'enfant, ainsi que nous avons déjà dit ».

Mais déjà les contemporains de Portal commencent à ériger en principe qu'il faut intervenir dans les présentations de la face. Mauriceau, l'autorité de l'époque, écrit que « en cette posture, il est très difficile que l'enfant vienne ».

« Pour se bien gouverner en cet accouchement, on y procède de la même manière que quand l'enfant pré-

sente la tête par le côté : laquelle on redressera avec les mains, comme nous avons dit cy-dessus, observant toujours de le faire le plus doucement qu'il sera possible, pour éviter de trop meurtrir la tête de l'enfant. Mais si cette teste ne se pouvait bien réduire, pour lors il faudra se servir du dernier remède pour sauver la vie de l'enfant qui est de le retourner entièrement, en luy allant chercher les pieds pour le tirer dans ce même moment ».

Delamotte, contemporain de Mauriceau et de Portal, partage l'opinion précédente : « C'est même ce que je ne comprends pas, écrit-il, qu'une femme puisse accoucher quand l'enfant vient, de la sorte (par la face), quoiqu'il me soit arrivé plusieurs fois, comme je l'ai dit, sans qu'il n'en soit encore péri aucun ; ce que j'ai trouvé fort différent, quand l'enfant n'est que peu avancé, et la mère avec peu ou point de douleurs ; car alors je n'ai eu qu'à introduire ma main et aller chercher les pieds ».

Au cours du XVIII^e^ siècle, la théorie de Louise Bourgeois et de Portal tombe dans l'oubli et l'intervention de parti-pris devient la notion courante.

Smellie lui-même considère la présentation de la face comme une des plus mauvaises postures après celle de l'épaule, et il dit : « Lorsque l'enfant présente le front, la face ou une oreille, et que la main ne suffit pas pour lui faire prendre une meilleure posture, ou que la tête n'est pas descendue assez près de l'orifice externe pour que l'on puisse le délivrer avec le forceps, il faut la retourner et délivrer l'enfant par les pieds ; mais si l'on ne peut pas non plus en venir à bout et que la femme paraisse en trop grand danger, il faut avoir recours au crochet. »

En 1781, J.-L. Baudelocque écrit : « Les accouchements, où la face se présente, doivent passer pour contre-nature, indépendamment des accidents qui peuvent rendre tels ceux où l'enfant est situé de la manière la plus avantageuse : car pour qu'ils se fassent seuls, selon le langage vulgaire, il faut que la tête soit très petite ou le bassin de la mère très large ; autrement, ou sans ces conditions, ils deviennent fort longs et difficiles ; les enfants naissent avec la face tuméfiée, livide, presque toujours privés de la vie, ou au moment de la perdre, à cause de l'engorgement du cerveau.

« Les obstacles qui nuisent le plus souvent à la naissance des enfants qui offrent la face, les difficultés que la femme peut éprouver à s'en délivrer seule, même dans les circonstances qui paraissent les plus favorables, le danger qui les menace alors, semblent inviter, dans tous les cas, à leur donner quelque secours ».

Comme ses devanciers, Baudelocque préconise la flexion de la tête à l'aide de la main ; en cas d'échec la version podalique, et en dernier ressort l'extraction de la tête avec les instruments.

Il faut arriver jusqu'à la fin du XVIII[e] siècle pour voir reparaître l'ancienne théorie de Louise Bourgeois et de Portal. En 1789, Zeller, accoucheur à Vienne, le premier qui ait dirigé une maternité, publie que « ce qu'il y à de mieux à faire dans les présentations de la face c'est de les abandonner complétement à la nature ».

Peu de temps après, en 1792, un autre accoucheur viennois, J.-L. Boer, publie un mémoire resté célèbre

sur la présentation de la face et dans lequel il écrit : « Il faut avant tout savoir qu'il est rare que l'accouchement par la face ne puisse se terminer seul ».

En 1821, Mme Lachapelle écrit dans un mémoire également célèbre : « C'est par le plus faux des calculs, c'est d'après la théorie la plus erronée qu'un si grand nombre d'accoucheurs anciens et modernes ont pris comme en horreur les présentations de la face...

« Somme totale, j'affirme que de deux sujets d'égale force et offrant la même liberté de passage, enfin dans des circonstances semblables, celui dont l'enfant offrira la face accouchera au moins aussi facilement que celui dont l'enfant offrira le vertex. Il faut bien qu'il en soit ainsi puisque la plupart des accouchements spontanés par la face dont j'ai été témoin étaient des premiers accouchements ».

Dans le courant du XIXe siècle, les accoucheurs se sont ralliés à l'opinion de Boer et de Mme Lachapelle ; ils ont cessé de considérer l'accouchement spontané comme impossible, en dehors de certaines conditions particulièrement favorables, dans les cas de présentation de la face ; mais pour eux, le pronostic n'en est pas moins resté sérieux pour la mère et pour l'enfant.

Pour la mère le pronostic est rendu moins favorable que dans la présentation du sommet par la plus grande lenteur du travail, et par le plus grand nombre d'interventions que l'on est amené à pratiquer, soit pour venir au secours de l'enfant, soit pour terminer l'accouchement impossible par les seules forces de la nature (mento-postérieure).

Pour l'enfant, le pronostic est rendu grave :

1° Par la compression de la tête ;

2° Par la compression du cordon (procidence et circulaires autour du cou) ;

3° Par la compression du cou contre la face postérieure du pubis.

Sans recourir à la version par manœuvres internes, comme le faisaient leurs prédécesseurs, les accoucheurs se sont dès lors préoccupés de transformer la présentation de la face en présentation du sommet dès le début du travail (manœuvre de Thorn).

Dans la présentation de la face, le mécanisme de l'accouchement et le pronostic dépendent de l'orientation de la tête La longueur du cou, suffisante pour permettre le dégagement de la tête orientée en mento-pubienne, devient insuffisante pour permettre l'accouchement spontané quand la tête est orientée en mento-sacrée : les épaules et l'occiput se présentant ensemble au détroit supérieur, forment une masse volumineuse qui rend impossible leur descente dans le bassin. Pour que l'accouchement puisse se faire spontanément, en dehors des cas où le fœtus est macéré et dans ceux où il est d'un très petit volume, il faut que la tête tourne et que le menton vienne en avant. C'est ce qui se produit habituellement puisque dans les 23 cas de notre statistique où le menton était dirigé en arrière au moment où la femme est entrée dans le service, l'accouchement se fit spontanément.

Laissant de côté les dangers, peut-être plus théoriques que réels, que nous venons de signaler, M. le Professeur Pinard et M. Varnier ont appliqué les idées de Zeller et de Boer, et leur élève Gravier a publié en 1893 les résultats de leur pratique. Ces

résultats ont été assez encourageants pour qu'ils aient continué depuis lors à s'abstenir de toute intervention dans la présentation franche de la face, en dehors des indications habituelles du forceps. C'est donc les résultats de cette abstention que nous allons indiquer.

En défalquant deux cas où les enfants étaient anencéphales, un cas où les renseignements concernant l'enfant n'étaient pas consignés dans les registres de la clinique, 30 présentations franches de la face ont été observées à la clinique Baudelocque du 1er janvier 1900 au 31 juillet 1904.

26 fois les enfants sortirent vivants de la clinique.

Un seul enfant a succombé pendant le travail; la mort de cet enfant est attribuable à la procidence du cordon qui faisait trois circulaires lâches autour du cou; cette observation particulièrement intéressante sera rapportée à la fin de ce chapitre.

Dans un autre cas (n° 1345, année 1900) la femme était en période d'expulsion depuis un temps indéterminé quand elle est entrée à la clinique; l'enfant fut expulsé vivant, mais il mourut après avoir fait quelques inspirations.

Dans un troisième cas (no 491, année 1901), l'enfant, né en état de mort apparente après 22 heures de travail, fut ranimé, mais succomba au bout de 24 heures.

Enfin dans un quatrième cas (no 423, année 1900) où le travail avait duré 55 heures, l'enfant né vivant eut des convulsions et succomba le troisième jour après sa naissance.

Nous n'établirons pas de pourcentage de mortalité, étant donné le petit nombre des observations qui composent cette statistique ; mais nous pourrions

faire remarquer que, dans les deux premiers cas, les enfants auraient peut-être succombé s'ils s'étaient présentés par le sommet, toutes les autres conditions étant égales d'ailleurs ; de plus la coexistence dans un cas de deux circulaires du cordon autour du cou peut également faire supposer que l'enfant a succombé non par le fait de la procidence qui avait été réduite, mais du fait de la compression du cordon par l'occiput de la tête défléchie. En sorte que si nous devions tirer une conclusion du petit nombre de faits que nous rapportons, nous dirions que *la présentation franche de la face est, toutes choses égales d'ailleurs, moins favorable que celle du sommet au point de vue de la vie de l'enfant.*

Dans les 33 cas de présentation franche de la face rassemblés dans notre statistique, la durée du travail a été : de 21 heures 50 en moyenne chez les primipares et de 8 heures 35 en moyenne chez les multipares.

M. Varnier a établi que la durée moyenne du travail dans les cas de présentation du sommet était de 13 heures 1/2 pour les primipares ; et de 7 heures 1/2 pour les multipares.

En comparant ces chiffres à ceux que nous venons d'établir pour la présentation de la face, nous dirons que *la prolongation du travail résultant du fait que l'enfant se présente par la face est très peu considérable chez les multipares, plus appréciable au contraire chez les primipares,* mais toujours dans des proportions moins marquées que ne l'indiquent les classiques.

Dans les 33 cas de présentation franche de la face, la rupture des membranes a été :

Prématurée dans 7 cas ;

Précoce dans 11 cas ;

Tempestive dans 15 cas.

La *forte proportion des ruptures prématurées et précoces s'explique,* moins par l'irrégularité de la présentation invoquée par les anciens auteurs, que *par la fréquence de l'insertion du placenta sur le segment inférieur*, indiquée ci-dessus.

Dans deux cas seulement, une intervention a été pratiquée et pour une cause indépendante du genre de la présentation fœtale : dans un cas il y a eu réduction manuelle d'une procidence du cordon (Obs. 1698, année 1903) ; dans un autre cas où le fœtus était anencéphale, on a placé un ballon dans l'utérus. Nous devons faire une remarque importante : *dans aucun cas on n'a été obligé d'appliquer le forceps.*

Ce que nous venons de dire à propos de la durée du travail, de la rupture des membranes, du nombre des interventions et de leur nature, nous explique que toutes les femmes qui ont eu une présentation franche de la face soient sorties vivantes et en bon état de la clinique.

OBSERVATION III

Présentation de la face ; procidence du cordon réduite; enfant mort pesant 3550 grammes, 3 circulaires lâches autour du cou.

Année 1903, n° 1698.

L. C..., 19 ans, blanchisseuse ; réglée à 13 ans régulièrement. Primipare.

D. R. le 4 janvier 1903 ; rien de particulier pendant le cours de sa grossesse.

Cette femme, qui était au dortoir de la clinique Baudelocque depuis le 2 octobre 1903, commence à ressentir les premières contractions douloureuses le 9 octobre à minuit.

Le 10 octobre à 2 heures du matin la dilatation est comme une pièce de 2 francs.

A 4 heures du matin elle est amenée à la salle de travail où l'on fait le diagnostic de présentation de la face : on constate que la tête est mobile, que le dos est à droite ; on perçoit par le toucher au travers du col perméable la bouche occupant le centre de l'orifice et le menton regardant directement à droite.

Les bruits du cœur sont bons ; l'utérus est à 33 centimètres au-dessus du pubis.

A 8 heures, l'auscultation est bonne.

A 8 h. 1/4, la poche des eaux se rompt spontanément à la dilatation d'une paume de main. Il s'écoule un liquide verdâtre. Les bruits du cœur deviennent irréguliers et précipités. Le toucher fait percevoir le cordon battant faiblement, formant une anse libre de 10 centimètres environ.

A 8 h. 1/2, Mlle Roze, la sage-femme en chef, fait pénétrer sans difficulté toute la longueur de ses doigts dans l'utérus et réduit très facilement le cordon, elle le refoule le plus haut possible. La dilatation est comme une grande paume de main; la tête s'engage en mento-postérieure; les contractions sont fréquentes.

A 8 h. 40, les bruits du cœur de l'enfant ne sont plus perçus; l'accouchement progresse régulièrement.

A 9 h. 50, la femme accouche spontanément d'un enfant mort pesant 3550 grammes; il présente autour du cou trois circulaires lâches.

Le poids du placenta est de 650 grammes.

Les membranes mesurent 33/5.

La durée totale du travail a été de 9 h. 50.

Suites de couches: Légèrement fébriles pendant les deux ou trois jours qui suivirent.

Le 28 octobre la femme quitte la clinique en bon état.

CHAPITRE III

Conduite suivie dans les cas où la face se présentait en variété frontale.

Résultats obtenus.

Mme Lachapelle a établi une distinction tranchée, tant au point de vue du pronostic que de la conduite à tenir, entre la présentation franche de la face et la présentation de la face en variété frontale. Après avoir montré que le pronostic est favorable dans les cas de présentation franche de la face, l'illustre sage-femme en chef de la Maternité ajoutait : « Il n'en serait pas de même, à beaucoup près, de celui dont l'enfant offrirait le front sans tendance à la réduction faciale ou syncipitale. Pour que l'accouchement se termine seul en pareil cas, c'est alors seulement qu'il faut une tête petite et un bassin large : encore n'est-il que très rare de voir pareil accouchement se terminer seul, à moins que la face ne vienne

se présenter pleinement ou que l'on ne ramène le vertex au centre du bassin... « Quoique j'aie vu quelquefois la tête descendre, le front au centre, cependant, en général, toute position inclinée qui ne paraîtra pas disposée à se réduire à une position franche, sera une indication d'agir. C'est alors moins sur la position même que sur les circonstances environnantes qu'on établira les indications ».

La distinction très nettement établie par Mme Lachapelle est rigoureusement exacte.

La présentation du front est désavantageuse parce que c'est un diamètre allant de la racine du nez à la pointe de l'écaille de l'occipital, diamètre plus grand que les diamètres sous-occipito-bregmatique et sous-mento-bregmatique, qui tend à s'engager dans le bassin.

Cet engagement ne peut se faire qu'au prix de contractions utérines fortes et répétées. Si la tête n'est pas petite et le bassin large, le travail traîne en longueur.

Dans 4 cas, sur les 13 présentations du front qui constituent notre statistique, l'accouchement se fit spontanément : le travail avait duré 54 heures chez une primipare, 47 heures et 12 heures chez deux multipares.

Cette longueur du travail aggrave le pronostic pour la mère et pour l'enfant.

Les déformations plastiques parfois considérables, que l'on remarque à l'inspection de la tête des enfants venus en présentation du front, constituent des preuves évidentes de fortes pressions auxquelles la tête fœtale a été soumise pendant sa progression à travers

la filière pelvi-génitale. Il est certain que ces pressions exercent une action défavorable au point de vue de la vitalité de l'enfant.

Dans une de nos observations, les lésions dues à la compression de la tête par les parois de la filière qu'elle devait traverser, ont été plus marquées ; il existait un enfoncement des os de la voûte du crâne.

Chose intéressante bien mise en relief par M. Wallich dans sa communication à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris : « les déformations plastiques de la tête qui caractérisent la présentation du front peuvent se produire dans le détroit supérieur ».

Trop souvent une rupture prématurée ou précoce des membranes vient encore s'ajouter aux causes précédentes pour aggraver le pronostic : la tête fœtale doit alors faire à elle seule les frais de la dilatation du col, et elle n'y peut parvenir que lentement, péniblement, en se déformant.

Sur 13 cas de notre statistique les membranes sont rompues :

Prématurément	dans	4 cas
Précocement	»	2 cas
Tempestivement	»	7 cas

L'influence du mode de rupture des membranes est très manifeste, même en tenant compte d'autres conditions défavorables coexistantes. Dans les 4 cas où les membranes se rompirent prématurément 3 fois l'enfant succomba, 1 seule fois il fut extrait après symphyséotomie. Dans les 2 cas où les membranes se rompirent précocement, 1 fois l'enfant fut expulsé vivant, une fois il fut extrait mort par application de

forceps. Dans les 7 cas où les membranes se rompirent ou furent rompues à la dilatation complète l'enfant fut expulsé ou extrait vivant.

Mais le danger le plus grave qui puisse menacer la vie de la femme et la vie de l'enfant, celui devant lequel tous les précédents s'effacent, c'est la rupture de l'utérus et du vagin. M. le professeur Pinard et M. Varnier ont été les premiers à mettre en lumière cette redoutable complication de la présentation du front.

Dans son mémoire si complet sur la question, M. Wallich relève 2 cas de rupture de l'utérus et 1 cas de rupture du vagin parmi les 19 cas de présentation du front qu'il rapporte.

C'est sans doute grâce à la conduite qui a été suivie que nous devons de ne relever aucun cas de cette complication parmi les 13 cas de notre statistique.

Quelle a donc été la conduite tenue à la clinique Baudelocque ?

Cette ligne de conduite a été dictée par M. le professeur Pinard et exposée par lui à la Société de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Paris. Nous ne saurions mieux faire que de rapporter ses propres paroles :

« Selon moi, on doit intervenir dans la présentation du front, quand la tête est enclavée. Mais il est bien entendu que je comprends le mot enclavement comme le comprenait Baudelocque lorsqu'il disait : « L'enclavement est cet état dans lequel la tête de l'enfant, plus ou moins engagée dans le bassin, y est tellement serrée, qu'elle ne peut être poussée au delà,

ni même y être mue en aucun autre sens, par les seuls efforts de la nature ».

« Ainsi donc, l'indication de la symphyséotomie me paraît légitime lorsque la tête, engagée plus ou moins dans l'excavation, la présentation du front devient immuable. Quand, au contraire, la tête peut être mobilisée de haut en bas, ou de bas en haut, soit par la contraction utérine, soit par la pression digitale, je pense que l'application de forceps est suffisante et préférable, lorsqu'une indication de terminer l'accouchement résultant soit de l'état de souffrance de l'enfant, soit de l'état général ou local de la mère fait son apparition.

« Dans ces conditions, l'application de forceps est toujours possible. Comme, avec Levret, je dis qu'il n'y a pas d'exemple de tête enclavée sur laquelle on ne puisse conduire le forceps avec plus ou moins d'aisance, soit d'un côté ou de l'autre, parce qu'elle n'est pas également partout en contact avec le bassin. Le paragomphose de Rœdrer n'existe pas ».

Voyons donc dans lesquels de nos cas on a dû recourir à une intervention et quelle a été la nature de cette intervention.

Sur 13 cas, 4 fois seulement l'accouchement s'est terminé spontanément :

Obs. 74, année 1904 : enfant vivant pesant 3010 grammes, expulsé après 47 heures de travail.

Obs. 76, année 1902 : enfant vivant pesant 3550 grammes, expulsé après 12 h. 30 de travail.

Obs 163, année 1902 : enfant vivant pesant 3750 grammes, expulsé après 12 h. 30 de travail.

Obs. 258, année 1902 : enfant vivant pesant 3330 grammes, expulsé après 45 heures de travail.

Dans une de ces observations (Obs. 163, année 1902) il y avait eu pendant le travail une procidence du cordon qui avait été réduite à l'aide de la main.

Toutes les femmes sont sorties en bon état de la clinique.

D'après ces résultats, on doit considérer que l'accouchement spontané est d'un pronostic favorable pour la vie de la mère et de l'enfant dans les cas de présentation du front.

Dans 1 cas, l'enfant était mort pendant le travail, on fit la basiotripsie ; c'est le cas rapporté dans l'observation suivante :

OBSERVATION IV

Présentation du front ; tentative de forceps en ville ; fétidité de l'œuf ; basiotripsie ; délivrance artificielle.

Année 1903, n° 312.

R. L..., 25 ans ; primipare.

Dernières règles : 3 au 8 mai 1902 ; grossesse normale.

Cette femme est amenée à la clinique Baudelocque le 20 février 1903, à 1 heure du soir, par une sage-femme de la ville, qui donne les renseignements suivants : les douleurs ont commencé le jour même vers 1 heure du matin ; la poche des eaux s'est rompue spontanément vers 2 heures du matin ; la dilatation était complète à 6 heures ; au bout

de 2 heures de période d'expulsion un médecin a fait sans résultat plusieurs applications de forceps.

L'examen pratiqué à l'arrivée de la femme permet de faire les constatations suivantes : l'utérus mesure 37 centimètres ; le palper montre que la tête est défléchie ; le col, incomplètement effacé, légèrement déchiqueté, permet l'introduction de deux doigts ; le front est accessible à gauche ainsi que le nez et les globes oculaires ; une bosse séro-sanguine assez volumineuse empêche de sentir la fontanelle antérieure et les sutures. Les bruits du cœur fœtal ne sont pas perceptibles.

Le 21 février, à 11 heures du matin, le col est dilaté comme une pièce de 5 francs ; le liquide qui s'écoule par les organes génitaux est fétide ; le pouls est à 104 ; la femme, très agitée, fait des efforts violents d'expulsion ; la bosse séro-sanguine volumineuse apparaît à la vulve. M. Convelaire, chef de clinique, fait la dilatation manuelle de l'orifice utérin sous chloroforme et pratique la basiotripsie. Extraction d'un enfant pesant 2950 grammes sans matière cérébrale ; des liquides d'odeur fétide s'échappent derrière l'enfant. Délivrance artificielle immédiate. Injection intra-utérine avec de l'eau bouillie à 50°.

Placenta : 620 grammes ; membranes déchirées et dissociées.

Suites de couches fébriles jusqu'au 25 février.

La femme quitte la clinique en bon état le 7 mars.

Dans 5 cas sur 13, une indication tirée, soit de la lenteur de la période d'expulsion, soit de l'état de souffrance de l'enfant, soit de l'état général ou local de la mère, soit enfin de plusieurs de ces conditions à la fois, a déterminé une application de forceps.

Nous allons rapporter ces cinq observations en entier, étant donné leur intérêt.

Mais, au préalable, disons quelques mots sur le manuel opératoire employé ; il se trouve exposé en ces termes par M. Pinard dans sa communication à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris :

« Les efforts, c'est-à-dire les tractions, doivent avoir pour but, en abaissant la tête, de ramener la face en avant ».

Tantôt il suffit de voir apparaître la racine du nez pour que le dégagement de l'occiput puisse avoir lieu ; tantôt il est nécessaire d'amener le maxillaire supérieur au-dessous et en avant de la symphyse pour que ce dégagement puisse se produire. L'enfant, dans ces cas, a dans la bouche la symphyse de sa mère.

Faite dans ces conditions, l'application de forceps permet le plus souvent une extraction facile.

OBSERVATION V

Bassin rétréci; présentation du front : application de forceps ; extraction d'un enfant mort ; délivrance artificielle.

Année 1902, no 898.

L. F..., 22 ans, cartonnière ; primipare.

Cette femme a marché à 2 ans et présente des stigmates de rachitisme.

Les dernières règles sont du 30 août au 2 septembre 1901 ; la grossesse a évolué sans incidents.

Entrée à la clinique Baudelocque le 2 juin à 9 heures 1/2

du soir; les membranes se sont rompues quelques instants avant l'entrée; il n'y a pas de douleurs; le col est long et fermé.

Les douleurs apparaissent dans la nuit.

Le 3 septembre, à 9 heures du matin, M. Convelaire qui examine la femme fait les constatations suivantes: le fond de l'utérus est à 37 centimètres au-dessus du pubis; la tête n'est pas engagée; mais par le palper mensurateur on reconnaît qu'elle ne déborde pas le pubis. L'extrémité céphalique est plus accessible, plus saillante à gauche qu'à droite; le dos étant à gauche et séparé de la tête par un sillon peu accentué; l'excavation est vide; la courbure du sacrum est cliniquement normale; le promontoire est accessible, à 10,2 du sous-pubis. Le col incomplétement effacé est dilaté comme une pièce de 1 franc. Le doigt qui pénètre dans le col arrive immédiatement sur une suture qui aboutit à gauche et un peu en avant à la pointe antérieure de la fontanelle antérieure; à droite et un peu en arrière on atteint la racine du nez et le rebord orbitaire. La tête non engagée pointe dans l'excavation; elle n'est pas enclavée. On la mobilise facilement en combinant le toucher digital et le palper sus-pubien. Les bruits du cœur fœtal sont bons.

M. Pinard, qui examine la femme à 10 heures du matin, pense que la tête mal fléchie, mais ne présentant pas de disproportion avec le bassin, s'engagera vraisemblablement en se fléchissant.

A 5 heures du soir, M. Convelaire constate que la tête s'engage en se défléchissant incomplétement; on n'atteint pas la bouche, mais on reconnaît facilement le nez et les yeux en arrière et à droite; la fontanelle antérieure est devenue difficilement accessible; le col est dilaté comme une paume de main.

A minuit: la dilatation est complète; les bruits du cœur fœtal sont bons.

Le 4 septembre, à 6 heures du matin, malgré des con-

tractions utérines régulières et intenses, et malgré les efforts d'expulsion de la femme, la tête n'a pas progressé ; les bruits du cœur fœtal, qui sont restés bons jusque-là, se modifient brusquement, et tombent à 88 par minute. Une bosse séro-sanguine volumineuse apparaît à la vulve pendant les contractions.

M. Convelaire fait une application de forceps sous chloroforme ; l'introduction de la main gauche détermine la sortie d'un liquide vert noirâtre et de gaz bruyants très fétides. Le placement des cuillers se fait sans difficulté : la cuiller droite est placée en arrière. Des tractions lentes et soutenues amènent la sortie du front, des yeux, du nez et du maxillaire supérieur ; la rotation s'effectue spontanément en partie ; le maxillaire supérieur est tourné en avant et à gauche. Le tracteur ayant été enlevé, la rotation est terminée artificiellement ; au cours de cette manœuvre, on voit se dégager l'occiput, puis la bouche et le menton. L'enfant est mort : il pèse 3360 grammes. M. Convelaire fait la délivrance artificielle, puis une injection intra-utérine.

Suites de couches physiologiques.

Diamètres de la tête de l'enfant :

OM = 12, 5	BiP = 8, 8
OF = 15	BiT = 8, 4
SOB = 11, 3	SMB = 12, 7
SOF = 12, 4	

Il y a entre la racine du nez et la pointe antérieure de la fontanelle antérieure : 77 millimètres.

Placenta : 650. Membranes : 36/6.

La tête de l'enfant présentait une volumineuse bosse séro-sanguine ayant son point culminant sur le frontal droit, et envahissant la région du maxillaire supérieur ; il y avait un chevauchement des pariétaux sur les frontaux et de l'occiput sur les pariétaux.

OBSERVATION VI

Présentation du front; application de forceps ; enfant vivant pesant 3.800 grammes. Délivrance artificielle.
Année 1902, n° 1078.

P. B..., 33 ans, V pare.

Le premier accouchement a été provoqué, il a eu lieu en 1891 et s'est terminé par l'extraction à l'aide du forceps d'un enfant de 8 mois 1/2, qui est mort 2 heures après sa naissance.

Les 3 autres accouchements se sont faits spontanément et à terme, et se sont terminés par l'expulsion d'enfants vivants.

Les règles sont apparues pour la dernière fois du 17 au 22 septembre 1901 ; la grossesse ne présente rien de particulier.

Le travail débute le 4 juillet 1902 à 11 h. 1/2 du matin, et la femme entre à la clinique le jour même à 7 heures du soir.

A l'arrivée de la femme dans le service on fait les constatations suivantes : hauteur de l'utérus : 42 centimètres ; présentation de l'extrémité céphalique non engagée, mais se fixant en DT ; col dilaté comme 5 francs ; enfant vivant.

A 9 heures, la dilatation est complète, on rompt les membranes.

A 10 heures du soir, les contractions utérines et les efforts d'expulsion, violents et répétés jusque-là, cessent presque complétement ; la parturiente dit qu'elle est fatiguée et ne se sent capable d'aucun effort.

A minuit, l'état reste le même : absence de contractions et d'efforts expulsifs ; la tête est mal fléchie et le doigt arrive sur la fontanelle antérieure au centre du bassin. Après avis de M. Pinard, M. Convelaire, chef de clinique, fait une application de forceps.

La femme étant anesthésiée, M. Convelaire fait une application en gauche transverse sur la tête défléchie ; ayant remarqué que la tête défléchie ne pourrait être fléchie par le forceps, il fait une prise du côté du front. Par des tractions lentes et soutenues, il amène sous le pubis le front, puis la racine du nez. Désarticulant alors l'instrument, il dégage la tête en la fléchissant d'abord pour dégager l'occiput, puis la défléchissant il dégage la bouche et le menton. Extraction d'une fille vivante pesant 3.800 grammes.

Après l'extraction de l'enfant la femme perd du sang en abondance. M. Convelaire fait la délivrance artificielle. Placenta : 700 grammes ; membranes dissociées.

Les dimensions de la tête fœtale sont :

OM : 13,2	BiP : 9,7
OF : 13,7	BiT : 8,7
SOB : 10,4	SMB : 10,4
SOF : 11,9	Circonf. : 34/36

De la racine du nez à la pointe de la fontanelle antérieure on mesure 60 millimètres.

Suites de couches physiologiques.

La mère et l'enfant quittent la clinique le 16 juillet en bon état.

OBSERVATION VII

Présentation du front ; bassin légèrement rétréci ; application de forceps ; enfant vivant pesant 3050 grammes.
Année 1903, n° 184.

Ch. M..., 30 ans ; primipare.

Les dernières règles ont eu lieu du 28 mars au 1er avril 1902 ; la grossesse ne présente pas de particularités. Ressentant quelques douleurs, cette femme vient à la clinique Baudelocque le 28 janvier 1903 à 9 heures du matin : comme elle ne présente aucun signe de travail, elle est mise au dortoir.

Les contractions utérines douloureuses se montrent le 30 janvier et la femme est amenée à la salle de travail.

A 10 heures du matin M. Pinard fait les constatations suivantes : l'extrémité céphalique est en bas, fixée à l'entrée du détroit supérieur, ne débordant pas le pubis ; la partie gauche de cette extrémité présente une saillie bien nette empiétant sur la fosse iliaque gauche, et séparée du dos, qui est du même côté par un sillon profond ; aucune saillie analogue sur la partie droite de la présentation ; le col est dilaté comme une pièce de 1 franc ; la poche des eaux est intacte ; le doigt arrive à travers les membranes sur la fontanelle antérieure qui est située sur la ligne médiane, immédiatement en arrière du pubis ; la tête n'est pas enclavée ; le promontoire est difficilement accessible ; les bruits du cœur fœtal sont bons.

A 9 h. 30 du soir, la poche des eaux se rompt spontané-

ment ; le liquide amniotique est vert ; le col est dilaté comme 5 francs ; les bruits du cœur fœtal sont bons.

Le 31 janvier, à 9 heures du matin, la dilatation est complète ; la fontanelle antérieure est à gauche de la ligne médiane et moins rapprochée du pubis que la veille. Les contractions utérines sont espacées (2 par heure) ; les bruits du cœur fœtal sont irréguliers, à 98 par minute.

A 10 heures du matin, les bruits du cœur sont redevenus normaux, mais les contractions utérines sont toujours rares et peu intenses ; du méconium épais et fétide s'écoule par la vulve. S'étant assuré à nouveau qu'il n'y a pas de disproportion entre les dimensions de la tête et du bassin, M. Convelaire, chef de clinique, décide de faire une application de forceps.

La main gauche introduite d'abord sent dans la gouttière sacro-iliaque gauche, derrière la tête, une anse du cordon qu'elle refoule. Application du forceps comme pour une position droite transverse de la tête. Des tractions lentes et soutenues engagent la tête qui descend transversalement, n'ayant aucune tendance à accomplir spontanément son mouvement de rotation. Le tracteur ayant été retiré, on fait artificiellement la rotation dans le but de ramener la face sous le pubis. A la fin de ce mouvement, la racine du nez et le nez absolument aplatis apparaissent sous le pubis. L'occiput se dégage, puis la bouche et le menton passent sous le pubis.

Extraction d'un enfant pesant 3o5o grammes.

Délivrance artificielle aussitôt après l'extraction, à cause d'une hémorrhagie assez abondante.

La tête fœtale mesure OM : 12,5. OF : 12,8. BiP. 9,3.

Le placenta 53o grammes. Membranes déchirées.

Suites de couches physiologiques.

La mère et l'enfant quittent la clinique en bon état.

OBSERVATION VIII

Présentation du front ; application de forceps ; enfant pesant 3.420 grammes ; vivant.
Année 1903, n° 1353.

J. C..., 27 ans, domestique ; primipare.

Dernières règles du 24 au 28 octobre 1902 ; grossesse surveillée à partir du 25 juillet 1903 au dortoir de la clinique, à cause d'une albuminurie légère.

Le 11 août, à midi, les premières contractions utérines douloureuses apparaissent ; la femme est transportée à la salle de travail de la clinique, où l'on fait les constatations suivantes : le fond de l'utérus est à 36 centimètres au-dessus du pubis ; par le palper, on reconnaît que l'extrémité céphalique qui se présente forme à gauche une saillie volumineuse séparée par une encoche très nette du dos, qui est du même côté. Le col est dilaté comme un franc ; les membranes sont intactes ; on sent à travers les membranes le nez, qui occupe le centre du bassin, et à côté de lui le front et les globes oculaires ; la tête s'engage ; les bruits du cœur fœtal sont bons.

Pendant le travail, la tête tend à se fléchir, on arrive sur la fontanelle antérieure ; les contractions utérines sont irrégulières.

A 6 heures 1/2 du soir, la dilatation est complète ; on rompt les membranes ; les contractions utérines sont rares et faibles ; la tête reste élevée et défléchie. M. Convelaire, chef de clinique, décide de faire pratiquer une application de forceps par M. Delestre, chef de clinique adjoint.

La main gauche introduite dans le vagin trouve le menton

en rapport avec l'articulation sacro-iliaque droite. A la faveur de deux contractions successives, la tête peut être mobilisée et le menton ramené à droite et en avant. Mais la tête est toujours incomplétement défléchie et le front occupe toujours le centre de l'excavation.

L'application de forceps se fait de façon que la concavité des cuillers regarde la face ; la branche droite est introduite la première. M. Delestre cherche à prendre appui avec le bec des cuillers sur les apophyses mastoïdes, encadrant l'oreille dans la fenêtre. La tête est saisie en transverse. Par des tractions lentes et soutenues on l'amène sur le plancher, puis un mouvement de rotation amène le menton sous la symphyse, la tête ayant achevé sa déflexion. Extraction d'une fille vivante pesant 3.420 grammes.

Délivrance par expression 45 minutes après l'accouchement.

Placenta : 630 grammes ; Membranes : 29/9.

La tête fœtale mesure :

OM : 13,5	Bi P : 9,7
OF : 12,8	Bi T : 8,4
SOB : 9,6	S MB : 9,6
SOF : 12,5	circonf. : 33/36.

Suites de couches physiologiques.

La mère et l'enfant sont en bon état à leur sortie de la clinique.

OBSERVATION IX

Présentation du front, application de forceps ; enfant vivant pesant 3470 grammes.

Année 1903, no 1420.

P. C..., 39 ans, blanchisseuse, douzième grossesse.

Quatre grossesses se sont terminées par des avortements ;

six par l'expulsion et une par l'extraction au forceps d'enfants vivants se présentant par le sommet.

Dernières règles : 19 au 15 novembre 1902 ; grossesse normale surveillée au dortoir de la clinique depuis le 17 août 1903.

Le travail débute le 23 août à 7 heures du soir ; la femme est transportée à la salle de travail de la clinique, où l'on fait les constatations suivantes : l'utérus mesure 33 centimètres ; l'enfant est vivant et se présente par l'extrémité céphalique en D T ; les membranes sont intactes.

A 9 heures 15 du soir, la dilatation est complète et la poche des eaux se rompt spontanément ; la tête est très élevée, mais les efforts expulsifs et les contractions utérines reviennent à intervalles rapprochés.

A 10 heures, on constate que la tête descend dans le bassin, mais qu'elle est défléchie ; la fontanelle antérieure est au centre du bassin ; la tête étant inclinée, on arrive sur l'oreille droite dans la partie gauche du bassin ; les globules oculaires et la racine du nez sont sentis un peu au-dessus du pubis.

A minuit, M. Sauvage, chef de clinique adjoint, est appelé et fait les constatations suivantes : tête engagée ; fontanelle antérieure directement accessible en avant du centre du bassin ; la racine du nez est accessible en avant et à gauche vers le pubis ; la tête est fortement inclinée sur son pariétal droit. M. Sauvage décide de faire une application de forceps. Après correction de l'inclinaison de la tête, faite à l'aide de la main, le forceps est appliqué, la courbure pelvienne dirigée vers le front, en avant et à gauche. La tête est extraite sans difficulté ; le front se dégage d'abord, puis le nez et le maxillaire apparaissent sous la symphyse ; à ce moment le dégagement de la face s'arrête ; l'occiput apparaît ; le maxillaire inférieur se dégage dernier. Extraction d'un enfant vivant pesant 3470 grammes.

Délivrance par extraction simple 30 minutes après l'accouchement.

La tête fœtale mesure :

OM : 13	BiT : 9,2
OF : 11,6	BiP : 8,4
SOB : 10,5	SMB : 9,7
SOF : 11	Circonf. : 33/35

Entre la racine du nez et la pointe antérieure de la fontanelle antérieure on mesure : 53 millimètres.

Placenta : 530 grammes ; membranes : 35/8.

Suites de couches physiologiques.

La mère et l'enfant sont en bon état à la sortie de la clinique.

En résumé dans cinq cas de présentation du front terminés par une application de forceps, la mortalité maternelle a été nulle.

Quatre enfants ont été extraits vivants, un a été extrait mort (obs. 898, année 1902). Si l'on tient compte que, dans ce dernier cas, les bruits du cœur fœtal étaient profondément modifiés, que le travail durait depuis 34 heures et que les membranes s'étaient rompues prématurément, on est tenté de refuser l'inscription de ce cas au passif du forceps.

Les résultats, que nous venons d'indiquer, s'écartent sensiblement de ceux auxquels M. Wallich est arrivé dans sa statistique, où il trouve pour 12 cas de présentation du front non traités par la symphyséotomie, 2 cas de mort de la femme et 7 cas de mort de l'enfant. Cela tient certainement à ce que la conduite à tenir dans la présentation du front a été précisée postérieurement à la date à laquelle a débuté la statistique de M. Wallich, et qu'aujourd'hui à la clinique Baude-

locque, on n'emploie le forceps que dans les cas où M. le professeur Pinard en a affirmé l'indication.

Dans trois cas, où le forceps n'a pu être employé, on a eu recours à la symphyséotomie. « L'indication de la symphyséotomie, écrit M. Wallich, dans les cas de présentation du front, avant même qu'elle fût formulée d'une façon spéciale, devait être naturellement comprise dans les indications générales posées par MM. Pinard, Farabeuf et Varnier, et concernant les cas de viciation relative du bassin, l'orientation vicieuse de la tête créant ici la disproportion entre la tête et le bassin ».

En 1893 M. Oui (1), dans une discussion à la Société d'Obstétrique et de Pédiatrie de Bordeaux, sur un cas de basiotripsie faite pour une présentation du front, émit l'opinion qu'à l'avenir la symphyséotomie pourrait être employée dans ces circonstances.

En 1894, M. Vallois (2) conclut d'expériences faites sur le cadavre que la symphyséotomie doit être substituée à la simple application de forceps dans les cas de présentation du front.

Ce sont M. le professeur Pinard et M. Varnier qui se firent les vrais promoteurs de la symphyséotomie comme moyen de traitement dans certaines présentations du front, et dans la huitième conclusion de son rapport au congrès de Moscou en 1897, M. Varnier

1. Oui. Séance du 14 avril 1893, *in Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1893, p. 189.

2. Etude expérimentale sur l'indication de la symphyséotomie dans les accouchements en présentation du front, par Vallois, *in Archives de Tocologie et de Gynécologie*, août 1894, p. 561.

écrivait que la symphyséotomie doit être le mode de traitement « de certaines présentations vicieuses fixées, variétés frontales de la face, par exemple, dans les bassins normaux ».

Cette affirmation de M. Varnier n'avait d'ailleurs pas une valeur seulement théorique. La première symphyséotomie dans le cas de présentation du front avait été pratiquée par M. Wallich, à la clinique Baudelocque en 1894.

Nous ne pouvons terminer cet exposé de l'histoire de la symphyséotomie dans les présentations persistantes du front sans citer le remarquable mémoire présenté par M. Wallich à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris en 1902.

En raison de leur importance, nous allons rapporter en entier les observations de symphyséotomie de notre statistique.

OBSERVATION X

Recueillie par M. Paquy, chef de clinique, publiée par M. Wallich, *in* Compte-rendu de la Société d'obstétrique de gynécologie et de pédiatrie de Paris (janvier 1902, p. 27).

Rétrécissement du bassin ; diamètre p. s. p. 9, 5, présentation du front ; symphyséotomie ; enfant mort, 36 heures après la naissance.

Année 1900, nº 686.

V..., 36 ans, ménagère, VIII-pare, est entrée à la clinique Baudelocque le 13 avril à 9 h. 30 du soir. Cette femme a marché à 15 mois, puis, dit-elle, à la suite d'une chute, elle

n'a recommencé à marcher qu'à 22 mois ; elle a eu une rougeole et une scarlatine à l'âge de 7 ans.

Première grossesse : terminée le 22 août 1885 chez elle, par la naissance spontanée d'une fille se présentant par le sommet, actuellement vivante.

Deuxième grossesse : 15 octobre 1887. Accouchement spontané à terme par le sommet d'une fille morte à un mois.

Troisième grossesse : 11 mars 1889. Fille née, en présentation du sommet ; vivante.

Quatrième grossesse : 2 juin 1890. Fille née en présentation du sommet; vivante.

Cinquième grossesse ; 7 juillet 1892. Fille née en présentation du sommet : vivante (Cochin).

Sixième grossesse : 7 avril 1895. Garçon né en présentation du sommet ; vivant (chez elle).

Septième grossesse : 24 avril 1897. Fille née en présentation du sommet ; vivante.

Tous ces enfants sont du même père ; ils ont été nourris au sein par la mère de 18 à 22 mois.

Cette femme n'a jamais été réglée pendant l'allaitement.

Cette femme a eu ses dernières règles du 20 au 25 juillet 1899 ; la hauteur de l'utérus est 33 centimètres.

Son squelette présente des stigmates de rachitisme ; le bassin est vicié et mesure 9 cent. 5 dans le diamètre pr. s. p. ; l'enfant est en présentation de l'extrémité céphalique en OT, vivant.

A l'entrée de cette femme, le 12 avril, à 9 h. 30 du soir, on constate, en outre, que le col a toute sa longueur, qu'il est dilatable comme une pièce de 5 francs, et que les membranes sont rompues.

Le 13 avril, à 8 heures du matin, M. Paquy trouve par le palper une tête défléchie, sent nettement le coup de hache, et, en pratiquant le toucher arrive sur le front. Le col a toujours sa longueur. Les contractions sont faibles et espacées.

A midi, la femme commence à pousser. Dans l'après-midi,

les contractions deviennent fortes et régulières, toutes les 5 minutes environ. Le liquide est verdâtre ; les bruits du cœur sont à 140.

A 6 heures du soir, la dilatation est complète. Température : 37°,7. Pouls : 120.

A 8 heures du soir, la tête est toujours au même niveau, en variété frontale ; il y a une énorme bosse séro-sanguine. La symphyséotomie est décidée.

M. Paquy commence l'opération à 10 h. 50 : l'écartement est porté à 5 centimètres. Aussitôt après l'écartement du pubis, la tête plonge dans l'excavation suivant le diamètre transversal sans se fléchir ni se défléchir. On place un tampon de gaze iodoformée dans la plaie, on cesse le chloroforme. La tête apparaît bientôt à la vulve ; elle reste orientée selon le diamètre transverse ; à ce moment la tête se défléchit et le menton apparaît au niveau de la branche ischio-pubienne gauche, la tête est alors expulsée. Il est 11 h. 13. L'expulsion du tronc suit aussitôt.

L'enfant pèse 3.620 grammes, il crie presque aussitôt. M^lle^ Roze pratique la délivrance artificielle.

Sutures et drainage de la plaie.

Dans les suites de couches, 38° le soir du troisième jour avec 94 au pouls ; 38°5 le soir du septième jour avec 96 au pouls. On enlève les fils les 17 et 19 avril ; la femme se lève le 2 mai et sort guérie le 6 mai.

L'enfant a des convulsions toute la journée du 14 avril et meurt le 15 à 8 heures du matin.

Son poids était de 3.620 grammes ayant rendu son méconium ; sa longueur de 53 centimètres.

Les dimensions et circonférences de la tête étaient :

OM 13	Bi.P. 9,3
OF 12,8	Bi.T. 9
SOB 12	SMB. 11,3
SOF 12.4	Circ. : 35/36

Communication de pièces parvenues sous le sceau de la Compagnie sous le numéro

Présentation des productions manufacturées originales

L'auteur présente une collection sous la partie intéressante du cours, à plusieurs sur une longueur de 2 centimètres, la moyenne de longueur, pour l'ensemble, 3 centimètres. Le Sujet du portrait de l'année 18. Il y a une petite différence à y remarquer et aucun. Les deux extrémités sont relevées en pointe, à la partie inférieure du commencement de spirales.

(Renvoi à la Commission)

L'observation remarquée par M. Roger, "Sur" de changement publiée par M. Perrin, in Comptes-rendus de la Société d'anthropologie de psychologie et de médecine de Paris. Année 1900, p. 28.

Présentation de trois échantillons de [illegible] Observations relatives à l'origine [illegible] de leur provenance.

Renvoi à la Commission.

La commune de [illegible] dans le Var, est particulièrement connue, entre à la tête du travail de la pierre ollaire. Il y [illegible] Cette industrie remonte à une époque très reculée et est pratiquée depuis [illegible] dans ses ateliers. Elle consiste à la fabrication de vases [illegible] de [illegible] l'usage de [illegible] de [illegible] l'auteur a pu avoir [illegible] dans [illegible] de [illegible] l'auteur mesurait [illegible] de 1 centimètres.

Elle a eu [illegible] depuis [illegible] de [illegible] Le [illegible] à la [illegible] [illegible] l'auteur [illegible] [illegible] [illegible]

Le fœtus se présente par l'extrémité céphalique, le dos à droite, vivant.

Le 29 janvier, à 10 heures du matin, rupture spontanée des membranes.

Le 30 janvier, à 4 heures du soir, apparition des premières douleurs. Cette femme appelle chez elle un médecin qui constate que la tête est très élevée, déborde le pubis, que la dilatation est de 0 fr. 50, les membranes rompues.

Les contractions sont fréquentes toute la nuit.

Le 31 janvier. M. Paquy, appelé en consultation, constate une présentation du front ; le doigt arrive sur la racine du nez et sur un œil. La dilatation est grande comme une pièce de 5 francs.

Pouls 120, température : 37°2, l'utérus ne mesure plus que 35 centimètres.

La femme est conduite à la clinique Baudelocque, où elle arrive à 4 heures du soir. Les contractions sont fréquentes, les bruits du cœur fœtal accélérés, de 148 à 160.

6 heures du soir, la dilatation est comme une petite paume de main. Il y a une bosse séro-sanguine énorme.

8 heures du soir. Même état. M. Pinard conseille de pratiquer une symphyséotomie.

L'opération faite par M. Paquy est commencée à 8 h. 25. L'écartement est porté à 6 centimètres. La tête tend à s'engager, mais ne descend pas franchement dans l'excavation. On attend pendant une heure après la section pubienne pour laisser à la tête le temps de parfaire la dilatation. Celle-ci s'opère lentement.

A 9 h. 1/2, la dilatation étant complète, on fait une application de forceps ; mais malgré des tractions énergiques, la tête ne s'engage pas et bientôt le forceps dérape. Une seconde tentative ne fut pas plus heureuse, et c'est seulement grâce à une troisième application qu'on put amener la tête à la vulve. A l'aide des branches du forceps on fait exécuter à la tête une rotation telle que le maxillaire supé-

rieur vient se placer sous le bord inférieur de la symphyse sectionnée, et par flexion on dégage la tête.

Extraction d'un enfant de 3220 grammes en état de mort apparente, ranimé et mis en couveuse.

Délivrance artificielle par M^lle Roze.

Sutures et drainage.

Aussitôt après l'opération, on voulut sonder la maladé ; on constate au niveau du méat une petite déchirure qui n'intéresse pas l'urèthre, mais seulement le sphincter uréthral. La malade eût de l'incontinence d'urine, et elle dut être opérée à l'hôpital Lariboisière trois mois environ après son accouchement par M. le D^r Hartmann.

Suites de couches normales, sauf deux élévations à 38° le soir du troisième jour et le matin du quatrième avec 120 et 116 au pouls ; 38°5 le matin du cinquième jour et 112 au pouls.

Le 7 février, on enlève les fils ; le 16 février, la femme se lève, et elle sort le 21 février.

L'enfant présente un enfoncement du pariétal gauche et une bosse séro-sanguine sur la région frontale. Il meurt le 2 février à 5 heures du matin.

Son poids était de 3220 grammes, sa longueur 49 centimètres.

Les dimensions et circonférences de la tête étaient :

OM : 13	BiP : 9,1
OF : 11,7	BiT : 8,1
SOB : 11	SMB : 11,8
SOF : 11,3	Cir. : 34/35

Placenta 460 grammes. Membranes 31/2, complètes.

OBSERVATION XII

Publiée par M. Wallich, *in* Compte-rendu de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris. Janvier 1902, page 29.

Bassin rétréci : Diamètre p.s.p., 10,2. Présentation du fi ont. Symphyséotomie par M. Wallich. Enfant vivant de 2950 grammes.

Année 1901, n° 1959.

La nommée G..., âgée de 37 ans, ménagère, II-pare, entre à la clinique Baudelocque le 5 novembre 1901, à 9 heures du matin. Cette femme marche à 1 an, puis cesse de marcher jusqu'à 4 ans. Fièvre typhoïde dans l'enfance.

Premier accouchement le 20 juillet 1899, à terme, à la clinique Baudelocque. Sommet spontané, fille, nourrie au sein maternel, morte à 22 mois de rougeole (obs. 1395 de 1899).

Les dernières règles ont eu lieu au mois de février 1901 ; la hauteur de l'utérus est de 35 centimètres.

Cette femme est petite, elle mesure 1 m. 40 ; le bassin est rétréci et mesure 10 cmc. 2 dans le diamètre p.s.p.

Elle arrive à la salle de travail le 6 novembre à 11 h. 15 du soir, avec une dilatation comme 1 franc.

Pendant toute la journée du 7, quatre ou cinq contractions, de 8 heures du matin à 8 heures du soir ; à ce moment la dilatation est de 2 francs, la poche des eaux volumineuse, l'enfant vivant, se présentant par l'extrémité céphalique en DT.

Dans la nuit du 7 au 8 novembre, contraction toutes les demi-heures, dilatation entre 2 et 5 francs, orifice épais.

Le 8 novembre, à 7 heures du matin, contraction tous les quarts d'heure, orifice épais ; bruits du cœur normaux ; Pouls : 76 ; Température : 37°2.

A 2 heures du soir, rupture spontanée de la poche des eaux, dilatation stationnaire, les contractions deviennent assez énergiques.

A 6 heures du soir, M^lle^ Roze constate que la dilatation est presque complète, la tête élevée et défléchie présentait un chevauchement considérable.

8 novembre, à 8 h. 1/4 du soir, les contractions sont assez fréquentes et énergiques, la femme est fatiguée. Au palper on constate que le fœtus est en présentation de l'extrémité céphalique, et les doigts explorant la tête sont arrêtés par une saillie occipitale très nette à droite, mais moins accentuée que la saillie située à gauche. Le dos est à droite séparé de l'occiput par une dépression. La tête ne surplombe pas du tout le pubis.

On entend les bruits du cœur à droite, ils ont leur rythme normal.

Au toucher, on trouve le col dilaté comme une petite paume de main ; les lèvres, amincies au niveau de l'orifice, présentent à la périphérie une certaine épaisseur, mais sont parfaitement souples, et permettent d'espérer une facile dilatation. Les membranes sont rompues et l'on arrive directement sur la tête. Celle-ci présente une bosse séro-sanguine très accentuée, mais qui permet malgré cela d'arriver sur la suture sagittale transversalement dirigée et assez rapprochée du pubis : la tête est donc inclinée sur son pariétal postérieur. Cette suture sagittale ne présente aucun chevauchement des pariétaux. Elle est sentie très nettement à droite avant d'être recouverte par la bosse séro-sanguine. Au niveau de cette bosse, on sent à travers les tissus infiltrés la fontanelle antérieure, et l'on délimite très nettement le losange qui marque ses limites, et qui forme, en somme, le centre de la présentation. La suture, qui sépare les fontanelles, se

continue à gauche dans la profondeur. La suture fronto-pariétale accessible en arrière au niveau et en dehors de la bosse séro-sanguine présente au contraire un chevauchement très accentué. La tête non engagée est solidement fixée dans l'attitude sus-indiquée, obturant suffisamment l'utérus pour avoir permis au liquide d'y être encore contenu en quantité très notable malgré la rupture des membranes, qui s'était produite spontanément à deux heures du soir.

L'examen du bassin permet de constater que la face antérieure du sacrum est accessible, ainsi que le promontoire, la tête et la bosse séro-sanguine gênent pour faire une mensuration en ce moment.

Il s'agit donc d'une tête enclavée en présentation du front au niveau du détroit supérieur, dans un bassin rétréci (p. s. p. 10.2), je décide la symphyséotomie.

La femme est anesthésiée, et l'opération, commencée à 9 heures, ne présente aucune particularité.

L'écartement est porté à 58 millimètres. A 9 h. 10 application de forceps en DT, à 9 h. 15 extraction d'un enfant vivant qui se met bientôt à crier. Délivrance artificielle. Deux points de suture au fil d'argent comprenant la peau et tous les tissus pré-symphysiens. Sutures superficielles, drainage à la partie inférieure de la plaie avec une mèche de gaze stérilisée.

L'application de forceps a été pratiquée dans l'excavation, où la tête a pénétré par suite de l'agrandissement du bassin; la branche droite en arrière, la branche gauche en avant, sur les régions pariéto-molaires, la courbure pelvienne dirigée à droite.

La rotation s'est faite avec la plus grande facilité, à partir de ce moment, des aides ont appuyé solidement sur les trochanters, suivant la pratique indiquée par Varnier pendant l'extraction à travers le bassin mou et la vulve. Le front apparaît le premier et le dégagement s'opère ayant un point sous-nasal comme centre.

Suites de couches physiologiques. Un seul incident à noter : eschare au sacrum. On retire les fils le 18 novembre. La femme se lève le 29 novembre.

L'enfant, un garçon, pèse 1.950 grammes et mesure 44 centimètres. Le placenta est de 420 grammes ; les membranes sont déchirées, mais paraissent complètes.

Les dimensions et circonférences de la tête prises immédiatement étaient :

OM : 12,2	BiP : 8,6
OF : 11,5	BiT : 7,3
SOB : 10,2	SMB : 10,7
SOF : 11,5	Circ. : 33

L'enfant pèse 3,750 grammes le 10 décembre.

Premier accouchement en 1899. Entrée le 20 juillet à 3 heures du soir : Dilatation de 1 franc.

Dilatation complète à 4 h. 45 du soir. Rupture précoce spontanée des membranes à 2 h. 1/2.

Expulsion à 5 h. 5, OP. Délivrance naturelle. Enfant, fille, 3.230 grammes, longueur 0 m. 50. Diamètres de la tête :

OM : 14,5	BiP : 8
OF : 11,7	BIT : 6,7
SOB : 10	SMB : 9,
SOF : 10.6	

OBSERVATION XIII

Présentation du front ; procidence du cordon, réduction manuelle de la procidence ; expulsion spontanée d'un enfant vivant pesant 3750 grammes. Délivrance artificielle pour hémorrhagie.

Année 1902, no 163.

L. B..., 35 ans ; brocheuse ; IV–pare.

Les trois accouchements précédents ont eu lieu à terme, et se sont terminés spontanément par l'expulsion d'enfants vivants se présentant par le sommet.

Dernières règles : 18 au 21 avril 1901.

Cette femme entre le 20 janvier au dortoir de la clinique Baudelocque, où l'on constate que l'enfant se présente par le plan latéral ; la tête est ramenée au–dessus du détroit supérieur et maintenue par une ceinture entocique.

Les premières contractions utérines douloureuses se montrent le 31 janvier vers 2 h. 1/2 du soir, et la femme est amenée à la salle de travail le jour même à 9 h. 45 du soir.

A l'examen on constate que l'utérus est fortement incliné à droite et remonte à 37 centimètres au–dessus du pubis. L'enfant se présente par l'extrémité céphalique qui est très mobile au-dessus du détroit supérieur ; le dos est à gauche ; l'enfant est vivant ; le col est dilaté comme une pièce de cinq francs.

A 10 h. 15 la dilatation est complète. Quelques minutes après, la poche des eaux se rompt spontanément, et le cordon fait procidence en arrière de la tête. A l'aide de la main M^lle^ Roze réduit immédiatement la procidence. L'auscultation pratiquée après la réduction manuelle montre que les

bruits du cœur sont d'abord très ralentis, à 70 et 80 par minute, puisqu'ils remontent quelques instants après à 108 et qu'ils finissent par reprendre leur fréquence normale. L'utérus est maintenu sur la ligne médiane pour aider à l'engagement de la tête qui ne tarde pas à s'effectuer.

Bien que les contractions soient énergiques et reviennent régulièrement toutes les 5 minutes, la tête engagée dans l'excavation ne progresse pas ; la bosse séro-sanguine augmente, le périnée commence à s'infiltrer ; mais les battements du cœur du fœtus gardent leur rythme normal.

A 2 h. 15 du matin, le 1er février, les bruits du cœur se ralentissent et tombent à 112.

A 3 heures du matin, la femme expulse spontanément un enfant qui se présente par le front et qui crie au bout de quelques instants. Il pèse 3750 grammes. Les diamètres de la tête sont :

OM : 14,2	BiP : 9,8
OF : 13	BiT : 9,1
SOB : 11,6	SMB : 11
SOF : 12,6	circonf. : 35/38

De la racine du nez à la fontanelle antérieure on mesure 45 millimètres.

Après l'expulsion de l'enfant l'utérus reste mou ; la mensuration permet de constater une ascension du fond de 5 centimètres en 15 minutes ; en même temps le pouls de la femme s'accélère à 132.

Mlle Roze fait la délivrance artificielle 35 minutes après l'accouchement.

La main introduite à nouveau dans l'utérus après la délivrance permet de constater que le segment inférieur paralysé a des parois d'une telle minceur que l'on peut croire être en contact direct avec la face postérieure de la paroi abdominale. M. Convelaire, chef de clinique, vérifie ces constatations et affirme l'absence de la rupture de l'utérus que l'on redoutait. Il constate de plus que le corps de l'utérus est

fortement incliné vers la fosse iliaque droite, si bien que le doigt, qui pénètre dans l'axe de la cavité utérine, vient buter et tend à déprimer la partie supérieure du segment inférieur dans sa partie latérale gauche. 400 grammes de caillots sanguins sont encore retirés de l'utérus après la délivrance. L'état général de la femme est inquiétant pendant quelques heures ; on fait une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum artificiel.

Placenta : 510 grammes. Membranes déchirées, dissociées, incomplètes.

Suites de couches physiologiques.

La mère et l'enfant quittent la clinique le 10 février en très bon état.

Les cas que nous venons de rapporter sont trop peu nombreux pour que l'on puisse se faire une valeur exacte de la symphyséotomie dans la présentation du front. Dans deux de ces cas, les conditions étaient rendues particulièrement défavorables par la rupture prématurée des membranes, et spécialement dans l'un deux (obs. 207, année 1901), il y avait un enfoncement du pariétal gauche dû au contact prolongé avec le promontoire. Malgré tout, les enfants furent extraits vivants, mais ils succombèrent l'un 36 heures et l'autre 48 heures après la naissance.

Les trois femmes guérirent.

Nous nous rattachons à l'opinion exprimée par M. Wallich : « La notion de pouvoir à un moment donné ouvrir efficacement le bassin, devra, dans l'avenir, donner de la sécurité et de l'assurance à l'expectation. On aura surtout le droit de ne pas s'engager dans une voie pleine de dangers et d'inconnues, en pratiquant dans ces cas de dystocie les seules opérations dont

on disposait jusqu'ici : tentatives de réduction manuelle suivies de basiotripsie, ou extractions forcées par le forceps ou la version ». Ce n'est pas un des moindres avantages de la symphyséotomie.

Dans le tableau suivant nous avons résumé les résultats qui ont été obtenus avec la présentation du front par la conduite que nous venons d'exposer. Nous avons volontairement laissé de côté un cas de présentation du front où le fœtus dont la vitalité avait été fortement compromise par plusieurs applications de forceps faites avant l'entrée de la femme dans le service, et qui succomba pendant le travail.

	Mortalité maternelle	Enfants vivants	Enfants morts.
4 accouchements spontanés.	0	4	0
5 extractions par le forceps.	0	4	1
3 symphyséotomies. . . .	0	1	2

Année.	No du registre.	Age.	Parité.	Accouchements antérieurs.	Terme de la grossesse.	Durée du travail.	Rupture des membranes.
1900	297	31	II	1 sommet spontané.	280 j.	7 h. 1/4	Artificielle la dilatation complète.
1900	423	26	I		280 j.	55 h. 50	Précoce à une dilatation de 5 h.
1900	739	26	II	1 sommet spontané.	276 j.	16 h. 15	Spontanée précoce.
1900	951	35	III	2 sommets spontanés.	272 j.	11 h. 1/4	Spontanée précoce.
1900	1225	41	VII	Les 3 premiers accouchements : sommets spontanés, le 4e accouchement : enfant mort pendant le travail : basiotripsie. Août 1886, le 5e accouchement : sommet, forceps. Novembre 1889, le 6e accouchement : face, forceps. Baudelocque Obs. 1584. Novembre 1892.	280 j.	3 h. 30	Artificielle la dilatation complète.
1900	1345	41	XI	Les 1, 3, 5, 6, 7, 9, 10 accouchements : sommets spontanés, le 2e avortement de 2 mois, le 4e accouchement : siége, le 8e accouchement : gémellaire, 2 sommets spontanés.	272 j.	19 h. 35	Tempestive

udelocque, 1er janvier 1900 — 31 juillet 1904).

é de ion.	Délivrance.	Poids du placenta.	Mensuration des membranes.	Poids de l'enfant.	Etat de l'enfant.	État de la mère à la sortie de la clinique.	Observations.
G.P.	Extraction simple 30' après l'accouchement.	630 gr.	30/13	3600 gr.	Enfant vivant.	Bon.	
D.P.	Extraction simple 30' après l'accouchement.	680 gr.	30/6	3750 gr.	Enfant vivant, mais mort 3 jours après.	Bon.	
D.P.	Extraction simple 30' après l'accouchement.	610 gr.	29/7	3610 gr.	Enfant vivant.	Bon.	
G.P.	Extraction simple 30' après l'accouchement.	510 gr.	?	3170 gr.	Enfant vivant.	Bon.	
D.P.	Extraction simple 30' après l'accouchement.	710 gr.	33/2	4320 gr.	Enfant vivant.	Bon.	Bassin vicié, promontoire accessible, diamètre p.s.p. 11 cm.
D.P.	Expression française 30' après l'accouchement.	840 gr.	?	3480 gr.	Enfant mort après avoir fait quelques inspirations.	Bon.	Femme arrivée à la clinique en période d'expulsion.

Année.	N° du registre.	Age.	Parité.	Accouchements antérieurs.	Terme de la grossesse.	Durée du travail.	Rupture des membranes.	Variété de position.
1902	898	22	I		270 j.	33 h. 55	Spontanée prématurée.	D.T.
1902	1078	33	V	1er Accouchement : siége transformé en sommet par manœuvres externes ; accouchement provoqué ; forceps ; enfant vivant, mort 2 h. après (Baudelocque, Obs. 280, année 1891) ; 2e et 4e accouchements : sommets spontanés à terme. 3e Accouchement : sommet spontané à 8 mois.	283 j.	13 h.	Artificielle à la dilatation complète.	G.T.
1903	184	30	I		280 j.	36 h. 20	Spontanée précoce.	D.T.
1903	312	25	I		282 j.	?	Spontanée précoce.	G.T.
1903	1353	27	I		284 j.	36 h. 50	Artificielle à la dilatation complète.	D.T.
1903	1420	39	XII	4 se sont terminés par des avortements, 6 par l'expulsion et un par l'extraction au forceps d'enfants vivants se présentant par le sommet.	270 j.	7 h. 50	Spontanée tempestive.	D.T.
1904	74	31	III	2 sommets spontanés à terme.	282 j.	47 h.	Artificielle à la dilatation complète.	G.T.

Délivrance.	Poids du placenta.	Mensuration des membranes.	Poids de l'enfant.	Etat de l'enfant.	Etat de la mère à la sortie de la clinique.	Observations.
Délivrance artificielle.	650 gr.	36/6	3360 gr.	Enfant mort.	Bon.	Bassin rétréci, application de forceps.
Délivrance artificielle.	700 gr.	Membranes dissociées et déchirées.	3800 gr.	Enfant vivant.	Bon.	Application de forceps.
Délivrance artificielle.	530 gr.	Membranes dissociées et déchirées.	3050 gr.	Enfant vivant.	Bon.	Application de forceps,
Délivrance artificielle.	620 gr.	Membranes dissociées et déchirées.	2950 gr.	Enfant mort.	Bon.	Tentatives de forceps en ville ; enfant mort à l'arrivée de la femme à la Clinique, basiotripsie.
Expression française 45' après l'accouchement.	600 gr.	29/9	3420 gr.	Enfant vivant.	Bon.	Application de forceps, l'enfant est manifestement dolichocéphale.
Extraction simple 40' après l'accouchement.	530 gr.	25/8	3470 gr.	Enfant vivant.	Bon.	Application de forceps.
Extraction simple 30' après l'accouchement.	500 gr.	Membranes dissociées.	3010 gr.	Enfant vivant.	Bon.	

CONCLUSIONS

I. — La présentation de la face est due au défaut ou à la viciation de l'accommodation pelvienne au début du travail.

II. — La présentation permanente de la face en variété frontale s'observe dans des conditions spéciales de conformation du bassin, de conformation et de plasticité de la tête fœtale.

III. — Le pronostic de la présentation franche de la face est favorable, moins cependant que celui du sommet au point de vue de la vie de l'enfant.

IV. — Les interventions sont rares dans la présentation franche de la face, toutes choses étant normales d'ailleurs. Sur 33 cas de présentation franche de la face, nous n'avons trouvé aucune application de forceps.

V. — Le pronostic de la variété frontale de la face est grave pour la mère et pour l'enfant ; il dépend du choix de l'intervention.

VI. — Dans la variété frontale de la présentation de la face, l'accouchement se termine rarement spontanément.

VII. — Lorsqu'il y a indication d'extraire le fœtus

se présentant en variété frontale de la face, l'application du forceps est indiquée lorsque la tête n'est pas *enclavée*.

VIII. — Lorsqu'il y a indication d'extraire le fœtus se présentant en variété frontale de la face, la symphyséotomie est indiquée lorsque la tête est *enclavée*.

Vu : le Président de la thèse

PINARD

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

Imp. de la Faculté de médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.